

thị lực <20/100. Sau khi chỉnh kính, có 86 ca có thị lực $\geq 20/40$, chiếm 78.9%. Kết quả của này khá tương đồng với kết quả của tác giả Nisar Ahmed Khan thực hiện năm 2016 tại Saudi Arabia với 72% bệnh nhân có thị lực từ 20/40 trở lên [8]. Sau 1 tháng, kết quả chúng tôi thu được rất đáng khích lệ: Có đến 95.4% số trường hợp có thị lực sau chỉnh kính đạt từ 20/40 trở lên, trong đó 31.2% đạt thị lực từ 20/30 trở lên. Tất cả các mắt đã phục hồi hoàn toàn về thị lực.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể là một phẫu thuật an toàn, lý tưởng vì cho kết quả cao về thị lực, thị lực phục hồi nhanh và ổn định sớm sau phẫu thuật. Từ đó, có thể thấy phẫu thuật này rất có giá trị áp dụng và cần được triển khai rộng tại tỉnh Nghệ An cũng như các tỉnh khác trong cả nước.

Tỉ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật thấp, các biến chứng này được xử lý, điều trị nội khoa và ổn định dần trong vòng một tuần đến một tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moncef Khairallah, Rim Kahloun; Rupert Bourne, Hans Limburg (2015)**, "Number of People Blind or Visually Impaired by Cataract Worldwide and in World Regions, 1990 to 2010", Investigative Ophthalmology & Visual Science, (56),6762-6769. doi:https://doi.org/10.1167/jovs.15-17201.
2. **Ministry of Health (2015)**, National survey on avoidable blindness Vietnam, Medical Service

- Administration, 2-3.
3. **Alfonso J, Fernandez – vega (2007)**. "Prospective study of AT.LISA biofocal intraocular lens", I. Cataract. Refract. Sugery.
4. **Jill Keeffe, Toby Langdon, Tran Huy Hoang (2012)**. "Rapid Assesment for Avoidable Blindness in Nghe An Province, Viet Nam 2012", ACBM international project conducted with CBMs eye care partner in Nghe An Province, 7/2012.
5. **Sohee Jeon, Hyun Seung Kim (2011)**, Clinical Characteristics and Outcomes of Cataract Surgery in Highly Myopic Koreans, Korean J Ophthalmol,25(2),84-89
6. **Trần Tấn Thăng, Hoàng Thị Phúc, Trịnh Thị Hà (2016)**, Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu cự AT. LISA điều trị bệnh đục thể thủy tinh tại Nghệ An, Tóm tắt báo cáo hội nghị khoa học nghiên cứu sinh lần thứ XXII, Đại học y khoa Hà Nội - 2106.
7. **Nguyễn Vánh, Trần Anh Tuấn (2016)**. Điều trị đục thủy tinh thể tuổi già bằng phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể tại bệnh viện đa khoa Sóc Trăng, Nghiên cứu Y học Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch năm, tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 20, Số 2.
8. **Nisar Ahmed Khan (2016)**. Outcome of 100 phacoemulsification surgeries at Al-Dossary hospital Khobar, Saudi Arabia – 2016, Department of Ophthalmology, Dossary Hospita, Article Advances in Ophthalmology & Visual System, Volume 5 Issue.
9. **Lê Thị Mỹ Hạnh, Phan Văn Nam, Phạm Minh Trường (2018)**. Đánh giá kết quả điều trị đục thể thủy tinh nhân cứng bằng phẫu thuật Phaco, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 8, số 2, tháng 04/2018.

TỶ LỆ NHẬP VIỆN MUỘN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Nguyễn Đức Phúc¹, Võ Văn Thắng², Nguyễn Thị Hoài Thu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ nhập viện muộn và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tại bệnh viện Đà Nẵng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 314 cặp bệnh nhân/người nhà bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp nhập viện tại Khoa Khám bệnh – Cấp

cứu Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2020 đến tháng 3/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp là 35,7%. Qua phân tích logistic đa biến, có 3 yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp ($p < 0,05$): không tìm kiếm sự giúp đỡ, phương tiện vận chuyển và khoảng cách từ nơi khởi phát triệu chứng đến bệnh viện. Bệnh nhân không tìm kiếm sự giúp đỡ có nguy cơ nhập viện muộn cao gấp 8 lần so với nhóm có tìm kiếm sự giúp đỡ ngay; phương tiện vận chuyển là taxi/grab có nguy cơ nhập viện muộn cao gấp 2 lần so với phương tiện là xe cấp cứu; khoảng cách từ nơi khởi phát đến bệnh viện ≥ 5 km có nguy cơ nhập viện muộn cao gấp 2 – 5 lần so với nhóm có khoảng cách < 5 km. **Kết luận:** Cần tăng cường tuyên truyền, giáo dục cách nhận biết sớm các dấu hiệu đột quỵ cho cộng đồng. Bệnh nhân cần tìm kiếm sự giúp đỡ, gọi xe cấp cứu ngay khi có dấu hiệu

¹Bệnh viện Đà Nẵng

²Viện Nghiên cứu sức khỏe Cộng đồng, Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế.

³Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc

Email: bobogia@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022

nghe ngờ đột quỵ.

Từ khoá: Đột quỵ, nhồi máu não, nhập viện muộn, Bệnh viện Đà Nẵng.

SUMMARY

DELAYED HOSPITALIZATION AND RELATED FACTORS IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS TREATED AT DA NANG HOSPITAL

Objectives: To evaluate the percentage of delayed hospitalization and to determine factors associated with delayed admission to hospital in patients with acute ischemic stroke at Da Nang Hospital. **Methodology:** A descriptive cross-sectional study on 314 pairs of patients/family members of AIS patients hospitalized at the Emergency Department, Da Nang Hospital from October 2020 to March 2021. **Results:** The rate of delayed hospitalization in patients with AIS was 35.7%. Multivariable logistic regression analysis showed that there were three factors associated with delayed hospitalization in patients with AIS ($p < 0.05$): seeking help, mode of transport to hospital and the distance between the place where initial symptoms occurred and the hospital. Patients who did not seek help were eight times more likely to be hospitalized late than those who sought help immediately.; Taking taxis/grabs were 2 times more likely to be late for hospitalisation than ambulances; the distance from the place where symptoms onset to the hospital of ≥ 5 km had 2 - 5 times at higher risk of delayed hospitalization in comparison with the group of < 5 km. **Conclusion:** It is necessary to heighten public awareness of the symptoms of stroke. Patients should seek help and ask for an ambulance immediately if stroke is suspected.

Keywords: Stroke, ischemic, hospitalization, delayed, Da Nang hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội Tim mạch Hoa Kỳ/Hội Đột quỵ Hoa Kỳ (AHA/ASA) đã cập nhật định nghĩa đột quỵ của thế kỷ 21: "Nhồi máu hệ thần kinh trung ương được định nghĩa là tình trạng chết tế bào não, tủy sống hoặc võng mạc do thiếu máu, dựa trên giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh và/hoặc các bằng chứng lâm sàng của tổn thương vĩnh viễn" [8]. Đột quỵ là nguyên nhân thường gặp nhất gây ra tử vong và khuyết tật trầm trọng ở người lớn trên thế giới. Trên toàn cầu, chỉ có 15-30% bệnh nhân sống sót sau đột quỵ độc lập về chức năng và khoảng 40-50% độc lập một phần [1]. Vì vậy, nó không chỉ là vấn đề y tế, kinh tế mà còn là gánh nặng cho toàn xã hội. Nguyên tắc điều trị cho bệnh nhân đột quỵ là phải nhanh chóng và chuẩn xác với khẩu hiệu "thời gian là não", do đó việc phát hiện sớm tình trạng đột quỵ và nhập viện trong khoảng thời gian sớm nhất thì hiệu quả điều trị sẽ tốt hơn. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sau mốc 6 giờ, tổn thương não càng nặng, hiệu quả can thiệp càng kém, biến chứng sau can thiệp càng cao [8]. Tuy

nhiên, trên thực tế, có nhiều yếu tố tác động đến khung giờ vàng can thiệp. Do đó, việc khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não là rất cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện tiên lượng bệnh. Bệnh viện Đà Nẵng, nơi đảm nhận điều trị cho người dân của thành phố cũng như các địa phương lân cận, hiện chưa tìm thấy nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá tỷ lệ nhập viện muộn và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ nhồi máu não cấp. Trong trường hợp bệnh nhân không đủ tỉnh táo để khai thác thông tin thì sẽ hỏi thêm người thân/người chăm sóc bệnh nhân.

Yêu cầu của người thân/người chăm sóc: sống chung hoặc biết rõ thông tin của bệnh nhân, trên 18 tuổi đủ tỉnh táo và nhận thức để có thể cung cấp thông tin cơ bản đáp ứng cho nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không hợp tác hoặc không đủ tỉnh táo để trả lời và không có người thân để có thể cung cấp thông tin một cách đầy đủ và chính xác.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Khám bệnh – Cấp cứu, Bệnh viện Đà Nẵng.

Thời gian nghiên cứu: tháng 10/2020 – 3/2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 314 đối tượng nghiên cứu (bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân).

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện bằng cách lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin: dùng phiếu phỏng vấn để thu thập thông tin.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Phân tích thống kê mô tả: trung bình (mean), độ lệch chuẩn (SD), giá trị nhỏ nhất và lớn nhất (Min – Max), tần suất (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Phân tích thống kê đa biến: sử dụng test thống kê đa biến (hồi quy đa biến logistic) để kiểm định giả thuyết về các đồng yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện muộn của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp.

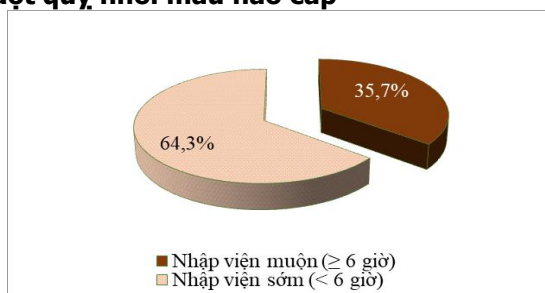
2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được

thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của bệnh nhân và được sự đồng ý của bệnh nhân. Nghiên cứu được sự thông qua và đồng ý của Hội đồng Đạo đức Y sinh học Trường Đại học Y Dược Huế và Hội đồng Y đức Bệnh viện Đà Nẵng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Qua nghiên cứu trên 314 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam giới là 56,1% và nữ giới là 43,9%. Nhóm tuổi từ 50-69 có tỷ lệ cao nhất (48,1%), nhóm tuổi ≤ 49 có tỷ lệ thấp nhất với 13,4 %. Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn là tiểu học chiếm tỉ lệ cao nhất (37,6%), thấp nhất là mù chữ (7,6%). Về nghề nghiệp: nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất (34,7%), thấp nhất là công nhân (8,3%). Tình trạng hôn nhân: 91,1% là kết hôn, Hoàn cảnh sống: 89,5% sống chung với người thân và 10,5% sống một mình. Mức thu nhập: Hộ nghèo/cận nghèo chiếm 23,2%.

3.2. Tỷ lệ nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp



Biểu đồ 3.1. Phân bố thời gian nhập viện muộn ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong 314 bệnh nhân nhập viện vì đột quy nhồi máu não cấp, có 35,7% trường hợp nhập viện muộn, còn lại 64,3% trường hợp nhập viện sớm.

3.3. Các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp

Bảng 3.1. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhập viện muộn của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Thời gian nhập viện	Sớm		Muộn		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Hoàn cảnh sống hiện tại	Sống một mình	27	81,8	6	18,2	33	10,5	< 0,05
	Sống chung với người thân	175	62,3	106	37,7	281	89,5	
Điểm NIHSS	1 – 4 điểm	84	67,2	41	32,8	125	39,8	< 0,05
	5 – 15 điểm	94	58,4	67	41,6	161	51,3	
	16 – 20 điểm	18	85,7	3	14,3	21	6,7	
	21- 42 điểm	6	85,7	1	14,3	7	2,2	
Hành động tìm kiếm sự giúp đỡ	Có	154	82,4	33	17,6	187	59,6	< 0,05
	Không	48	37,8	79	62,2	127	40,4	
Phương tiện vận chuyển	Xe cấp cứu	113	76,9	34	23,1	147	46,8	< 0,05
	Taxi/Grab	36	46,2	42	53,8	78	24,8	
	Ô tô cá nhân	32	58,2	23	41,8	55	17,5	
	Khác	21	61,8	13	38,2	34	10,8	
Khoảng cách từ nơi khởi phát đến bệnh viện	< 5km	90	80,4	22	19,6	112	35,7	< 0,05
	5 - < 10 km	61	64,2	34	35,8	95	30,3	
	≥ 10 km	51	47,7	56	52,3	107	34,1	
Kiến thức	Đạt	78	75,0	26	25,0	104	66,9	< 0,05
	Không đạt	124	59,0	86	41,0	210	33,1	
Tổng		314	100	314	100	314	100	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa thời gian nhập viện muộn với các yếu tố: Hoàn cảnh sống, điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), hành động tìm kiếm sự giúp đỡ, phương tiện vận chuyển, khoảng cách từ nơi khởi phát đến bệnh viện và kiến thức về đột quy.

Bảng 3.2. Phân tích hồi quy đa biến giữa một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhập viện muộn của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95%	Ý nghĩa thống kê
Hoàn cảnh sống: Sống chung với người thân	1	-	-
Sống một mình	0,365	0,121 - 1,103	0,074
Điểm NIHSS: 1 – 4 điểm	1	-	-

5 – 15 điểm	1,645	0,887 - 3,051	0,114
16 – 20 điểm	0,226	0,050 - 1,018	0,053
21- 42 điểm	0,648	0,066 - 6,342	0,709
Hành động tìm kiếm sự giúp đỡ: Có	1	-	-
Không	8,406	4,537 – 15,575	<0,001
Phương tiện vận chuyển: Xe cấp cứu	1	-	-
Taxi/Grab	2,158	1,044 - 4,460	0,038
Ô tô cá nhân	2,040	0,918 - 4,535	0,080
Khác	1,171	0,429 - 3,198	0,759
Khoảng cách từ nơi khởi phát đến bệnh viện			
< 5km	1	-	-
5 - < 10 km	2,439	1,147 - 5,189	0,021
≥ 10 km	4,901	2,350 - 10,223	<0,001
Kiến thức về đột quy: Đạt	1	-	-
Không đạt	1,487	0,771 – 2,847	0,238

Nhận xét: Qua phân tích logistic đa biến các yếu tố ảnh hưởng thời gian nhập viện muộn của bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp bao gồm: Không tìm sự giúp đỡ (OR: 8,406; 95% KTC: 4,537 – 15,575); Khoảng cách từ nơi khởi phát đến bệnh viện từ 5 - < 10 km (OR: 2,439; 95% KTC: 1,147 - 5,189) và khoảng cách từ nơi khởi phát đến bệnh viện ≥ 10 km (OR: 4,901; 95% KTC: 2,350-10,223); Phương tiện vận chuyển là Taxi/Grab (OR: 2,158; 95% KTC: 1,044 - 4,460).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp. Trong 314 bệnh nhân nhập viện vì đột quy nhồi máu não cấp, có 35,7% trường hợp nhập viện muộn. So sánh với một số nghiên cứu trong nước: kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Lê Trần Vinh năm 2017 với 47% [3]. Lý giải cho điều này có thể là vấn đề về thời gian. Cuộc sống đang ngày càng phát triển, vì vậy, việc tiếp cận về thông tin cũng như điều kiện quan tâm đến sức khỏe ngày càng được nâng cao, chính vì vậy mà cải thiện được thời gian nhập viện muộn của bệnh nhân đột quy nhồi máu não. Ngoài ra, sự khác biệt còn đến từ đặc điểm của từng quần thể, vị trí địa lý cũng như điều kiện kinh tế xã hội của cá nhân cũng như vùng miền. So sánh kết quả nghiên cứu trên thế giới cho thấy thời gian bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp nhập viện muộn rất thay đổi theo đặc điểm của từng vùng miền quốc gia và thời gian thực hiện nghiên cứu. Đối với các nước phát triển ở Châu Âu như Thụy Sĩ, Pháp, mặc dù nghiên cứu đã được triển khai cách đây từ 15 – 20 năm nhưng tỷ lệ bệnh nhân nhập viện muộn là rất thấp, ví dụ nghiên cứu của Agyeman tại Thụy Sĩ năm 2006 có thời gian nhập viện muộn là 24,5% [4]. Có thể do mức sống cao đi kèm với

trình độ dân trí cao giúp người dân nhận biết sớm các dấu hiệu cảnh báo cũng như khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế kịp thời. Những nước kém phát triển hơn cho kết quả thời gian nhập viện muộn cũng cao hơn, ví dụ nghiên cứu của Jing ở Trung Quốc (2012) cho kết quả thời gian nhập viện muộn là 63% [6].

4.3. Các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp. Khi phân tích đơn biến, chúng tôi nhận thấy có 06 yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp. Tuy nhiên, khi phân tích logistic đa biến thì có ba yếu tố là hành động tìm kiếm sự giúp đỡ, phương tiện vận chuyển và khoảng cách là có liên quan đến thời gian nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp. Ở đây, đa số trường hợp bệnh nhân không tìm kiếm sự giúp đỡ là do không nhận biết đó chính là triệu chứng của đột quy cấp hoặc nghĩ rằng những triệu chứng sẽ chỉ thoáng qua, sẽ tự khỏi.

Kết quả này không hoàn toàn thống nhất với nghiên cứu trước nhưng cũng có vài điểm tương đồng như yếu tố khoảng cách trong nghiên cứu của Phan Thị Ngọc Lờ (2017) [2]. Nghiên cứu của Khathaami (2018) cũng cho kết quả khoảng cách (ở ngoài thành phố) và không nhận biết dấu hiệu đột quy là yếu tố liên quan đến việc nhập viện muộn, ngoài ra nghiên cứu này còn cho kết quả phương tiện vận chuyển không phải là xe cấp cứu cũng là yếu tố liên quan [7]. Nghiên cứu của Ashraf năm 2015 tại Ấn Độ cũng cho thấy có mối liên quan giữa thời gian nhập viện và sự nhận biết triệu chứng đột quy [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đà Nẵng là 35,7%. Qua phân tích logistic đa biến, có 3 yếu

tổ liên quan đến thời gian nhập viện của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp ($p < 0,05$): tìm kiếm sự giúp đỡ, phương tiện vận chuyển và khoảng cách từ nơi khởi phát triệu chứng đến bệnh viện. Do đó, cần tăng cường tuyên truyền, giáo dục cách nhận biết sớm các dấu hiệu đột quỵ cho cộng đồng. Bệnh nhân cần tìm kiếm sự giúp đỡ, gọi xe cấp cứu ngay khi có dấu hiệu nghi ngờ đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2018)**, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ, ban hành kèm theo Quyết định số 5623/QĐ-BYT ngày 21/9/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế, tr. 8.
2. **Phan Thị Ngọc Lôi, Lê Văn Tuấn (2017)**, "Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện ở bệnh nhân nhồi máu não", Tạp chí Y học TP HCM, 21(2), tr. 97 – 101.
3. **Lê Trần Vinh (2017)**, Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện muộn ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2016 – 2017, Luận văn CKII, Đại học Y -

- Dược, Đại học Huế.
4. **Agyeman O., Nedeltchev K., Arnold M. et al. (2006)**, "Time to admission in acute ischemic stroke and transient ischemic attack", Stroke, 37 (4), pp. 963-966.
 5. **Ashraf V., Maneesh M., Praveenkumar R. et al (2015)**, "Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke", Annals of Indian Academy of Neurology, 18 (2), pp. 162.
 6. **Jin H., Zhu S., Wei J. W. et al (2012)**, "Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China", Stroke, 43 (2), pp. 362-370.
 7. **Khathaami A.M.A, Mohammad Y.O. et al (2018)**, "Factors associated with late arrival of acute stroke patients to emergency department in Saudi Arabia", SAGE open medicine (6): pp. 1- 7.
 8. **Powers W., Rabinstein A., Ackerson T. et al (2019)**, "Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke – A guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association", Stroke, e344-e418.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI THỤY TRÁN TRÊN PHIM MRI Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH

Đinh Việt Hùng*, Nguyễn Đình Khanh*

Đỗ Xuân Tĩnh*, Đặng Tiến Trường**, Trần Thị Ngọc Trường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm hình thái thùy trán trên phim MRI ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang ở 30 bệnh nhân nghiện rượu mạn tính điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2021 đến tháng 3/2022 và 21 người nhóm chứng khỏe mạnh. **Kết quả:** Thể tích chất xám toàn bộ thùy trán ở nhóm bệnh giảm so với nhóm chứng ($91,83 \pm 1,35\text{cm}^3$ so với $97,29 \pm 1,62\text{cm}^3$, với $p < 0,05$). Thể tích chất xám hồi ổ mắt bên phải và thể tích chất xám hồi trước trung tâm bên trái ở nhóm bệnh giảm so với nhóm chứng ($5,96 \pm 0,1\text{cm}^3$ và $4,85 \pm 0,11\text{cm}^3$ so với $6,24 \pm 0,13\text{cm}^3$ và $5,20 \pm 0,13\text{cm}^3$, với $p < 0,05$). Độ dày chất xám hồi trán trên ở nhóm bệnh giảm so với nhóm chứng ($2,55 \pm 0,04\text{cm}^3$ so với $2,68 \pm 0,03\text{cm}^3$, với $p < 0,05$). Thể tích chất trắng toàn bộ hồi trán trên, toàn bộ hồi trán giữa, toàn bộ hồi trán dưới và toàn bộ hồi trước trung tâm ở nhóm bệnh giảm so với nhóm chứng ($34,27 \pm 0,75\text{cm}^3$; $37,16 \pm$

$0,69\text{cm}^3$; $14,01 \pm 0,32\text{cm}^3$ và $26,35 \pm 0,48\text{cm}^3$ so với $37,54 \pm 0,90\text{cm}^3$; $40,54 \pm 0,83\text{cm}^3$; $15,68 \pm 0,38\text{cm}^3$ và $30,08 \pm 0,57\text{cm}^3$, với $p < 0,05$). **Kết luận:** Thể tích chất xám toàn bộ thùy trán, thể tích chất trắng hồi trán trên, hồi trán giữa, hồi trán dưới và hồi trước trung tâm ở nhóm bệnh giảm so với nhóm chứng.

Từ khóa: Nghiện rượu mạn tính, thùy trán, chất xám, chất trắng.

SUMMARY

RESEARCH ON MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FRONTAL LOBE ON MRI IN PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER

Objectives: Morphological characteristics of frontal lobe on MRI in patients with alcohol use disorder. **Subject and methods:** Descriptive research, cross-section in 30 inpatients with alcohol use disorder at the Psychiatric Department, 103 Military Hospital from April 2021 to March 2022, and 21 healthy controls. **Results:** The total gray matter volume of the frontal lobe in the group of patients decreased compared to the control group ($91,83 \pm 1,35\text{cm}^3$ versus $97,29 \pm 1,62\text{cm}^3$, with $p < 0,05$). The volume of the right orbital gyrus gray matter and the left precentral gyrus volume in the patient group decreased compared to the control group ($5,96 \pm 0,1\text{cm}^3$ and $4,85 \pm 0,11\text{cm}^3$ versus $6,24 \pm 0,13\text{cm}^3$ and $5,20 \pm 0,13\text{cm}^3$, with $p < 0,05$). The thickness of superior frontal gyrus gray matter in the patient group

*Bệnh viện Quân y 103

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022